

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Premenstruell tensjon</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 01.02.2017/18.08.2019
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 1.02
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi	Dok.id: D36634

Definisjon

- Et symptom eller ansamling av symptomer er kvalifisert som PMS hvis det:
 - opptrer for det meste i lutealfasen og avtar/forsvinner kort tid etter menstruasjonsstart
 - ikke er en forverring av andre bakenforliggende plager
- Affektive symptomer, irritabilitet, angst, depresjon, humørsvingninger, nedsatt kontroll, problemer i sosiale relasjoner, følelse av tap av kontroll, tretthet
- Kognitive, nedsatt konsentrasjonsevne
- Somatiske, oppblåsthet, mastalgi, generelle smerter, vektøkning
- Mindre fysiske og emosjonelle forandringer premenstruelt oppleves av 80–95 % av normale kvinner, men kvalifiserer ikke for diagnosen

Forekomst

- Vanligst fra ca 30 til 40 års alder
- Hos 3-5 % signifikant forverring av livskvaliteten

Etiologi

- Ukjent – sannsynlig avvikende respons på normal ovarialfunksjon, ikke hormonell ubalanse (IV)

Diagnostikk

Følgende kriterier skal være oppfylt:

- Symptomene opptrer opptil to uker før menstruasjon i de fleste menstruasjonssykli
- Forsvinner kort tid etter menstruasjonen starter og er fraværende mesteparten av den midtfollikulære fasen
- Assosiert med nedsatt funksjonsevne i daglige gjøremål og/eller sosiale relasjoner og/eller forårsaker lidelse, emosjonelle eller fysisk "distress"
- Den menstruasjonsrelaterte syklisiteten med tilstedeværelse i lutealfasen og fravær i den midtfollikulærfasen er dokumentert ved gjentatte observasjoner av en lege og/eller daglig monitorering utført av pasienten
- Symptomene ikke forverring av andre mentale eller fysiske, kroniske tilstander. PMS kan opptre samtidig

Behandling

Mer enn 300 behandlingsmetoder (I)

Medikamentell

- SSRI (selektive serotonin-reopptakshemmere), best dokumentert, god effekt også på somatiske symptomer (IV, I), opptil 70 % effekt. *Fluoxetin*, raskere effekt (en til to dager) enn ved depresjonsbehandling (IV). Best effekt når gitt intermitterende, *fluoxetin* 10 mg i 10 dager premenstruelt (I) (godkjent indikasjon i Storbritannia)
- Diuretika, ingen dokumentert effekt (I)
- Progesteron eller progesteronkrem, ingen dokumentert effekt (IV, I, I, I)
- P-piller med drospirenone kan hjelpe ved PMDD. Placebo har også stor effekt
- Små studier som viser effekt av hormonspiral
- GnRH-agonister, god effekt (<75 %), kan ikke brukes alene over tid (I). "Add-back" med østrogen i lave doser og syklisk gestagen opphever delvis effekten
 - Lavdose GnRH-agonist, 100 µg intranasalt daglig har effekt bortsett fra mastalgi (I)
- Østrogentilskudd, 100 µg plaster to ganger ukentlig og syklisk gestagentilskudd fra 17. til 26. dag (I) (bivirkninger av gestagentilskuddet, relativt kostbart)
 - Plastre og hormon-IUD i kombinasjon, ikke godt dokumentert (III)
 - Sekvenspreparater kan forventes å gi tilsvarende effekt, dokumentasjon mangler
- Spironolacton, 100 mg daglig fra 14. dag i menstruasjonssyklus og frem til menstruasjon. God effekt på mastalgi og oppblåsthet, også på de affektive plagene (I)
- Vitamin B₆ (pyridoksin), mulig effekt i metaanalyser (I). Effekt ikke doseavhengig, tilstrekkelig med 50–100 mg daglig. (Større doser kan gi alvorlige bivirkninger over tid)
- Magnesium og vitamin E, mulig effekt (IV, IV). Magnesium bare på væskeretensjon (I)
- Nattlysolje (engelsk: Primrose oil), inkonsistente resultater (I). Metaanalyser har ikke dokumentert effekt bortsett fra på syklisk mastalgi

Oppfølging

- Kontroll av behandling etter minimum tre måneder
- Seponer hvis ingen eller liten effekt

Komplikasjoner

- Preparatbivirkninger, se "Felleskatalogen"
- Familiære konflikter
- Redusert arbeidsevne
- Suicidalitet

Prognose

- Plagene avtar mot menopause

Råd

- Velg alternativ etter de mest plagsomme symptomer, dra nytte av placeboeffekten. Start trening, stressreduksjon og kosttilskudd før ev medikamentell behandling. Les Green-top Guideline no 48 desember 2007

Deres forslag

- Trening, kognitiv terapi, vitamin B6
 - 3. generasjons p-piller (syklisk eller kontinuerlig)
 - Lutealfasebehandling, evt. kontinuerlig med lavdose SSRI.
- Plastre med 100µg østradiol og peroral gestagen, ev hormonspiral
- Høyere dose SSRI kontinuerlig eller i lutealfase
 - GnRH-analoger + addback HRT (kontinuerlig kombinert østrogen/gestagen eller tibolone)
- Ekstirpasjon av uterus og begge adnex + HRT inklusive testosteron

Vurdering av dokumentasjon

- Mange studier har metodiske svakheter
- Beste dokumentert, SSRI, spesielt *fluoxetin* (I-II)